PET-CT健診予約申込書

広島平和クリニック

平成　　年　　月　　日

フリガナ		性別	
氏名		男・女	
生年月日	大正・昭和・平成　　年　　月　　日（　　）歳		
住所	〒　　ー ﾌﾘｶﾞﾅ		
電話番号		携帯電話	
勤務先	よろしければご記入ください。 役職：　　電話：		

該当する項目に☑チェックを入れてください。

希望コース	□ エグゼクティブコース　□ スタンダードコース □ トータルエグゼクティブコース　□ トータルスタンダードコース □ ベーシックコース（受診時、人間ドックの検査成績表をご持参ください）
希望日	□ 早い時期であればいつでも構わない □ 健診日指定　第一希望　　月　　日（　　）曜日 第二希望　　月　　日（　　）曜日 □ 曜日のみ指定［火・水・木・金・土・日］
糖尿病	□ ある　□ ない
ペースメーカー	□ ある　□ ない
体内金属	□ ある　□ ない
日中連絡先	□ 自宅　□ 携帯　□ 勤務先
資料案内送付先	□ 自宅　□ 勤務先

※本申込書にご記入いただいた情報は、当該健診の各種連絡・情報提供のために利用いたします。

広島平和クリニック　〒730-0856　広島市中区河原町１－３１
ＦＡＸ　082-233-7700

※休診日は毎週月曜日・予約専用フリーダイヤルは０１２０－６５６－６６１
(予約受付時間　8：30～17：30)

FAX 082－233－7700 広島平和クリニック予約担当 行